FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907 N°

THÈSE

POUR



LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Albert MARÇAIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉPATITE SYPHILITIQUE HYPERTROPHIQUE

avec Ictère chronique

Au cours de la période secondaire de la Syphilis

Président : M. GILBERT, *Professeur.*

Juges MM. POUCHET, *Professeur.*
RAYMOND, *Professeur.*
CARNOT, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

---

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

—

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 N°



THÈSE

POUR



LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Albert MARÇAIS



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉPATITE SYPHILITIQUE HYPERTROPHIQUE

avec Ictère chronique

Au cours de la période secondaire de la Syphilis

Président : M. GILBERT, *Professeur.*

Juges MM. POUCHET, *Professeur.*
RAYMOND, *Professeur.*
CARNOT, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

---

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

—

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM
Anatomie	....
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	....
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER
Clinique de pathol mentale et des malad. de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. ....
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY.	DESGREZ.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUPRE	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	DUVAL.	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.)
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA André	GOUGET	MARION.	THIROLOIX.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

En hommage de ma profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait d'accepter la présidence de ma thèse.

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le docteur de Beurmann à l'hôpital Saint-Louis, un malade atteint de syphilis maligne précoce, qui pendant l'évolution de cette infection, présenta de l'ictère chronique avec une hépatomégalie considérable, sans décoloration des matières. Cet ictère polycholique ou pléio-chronique, variable dans son allure, conduisit le malade à la cachexie et à la mort.

La règle clinique exige, en principe, que tous les troubles présentés par un malade soient rapportés à la même cause. En appliquant cette règle de l'unité morbide, il fallait rattacher le syndrome ictérique présenté par ce malade à l'infection syphilitique dont il souffrait.

Mais si l'ictère est décrit pendant la période secondaire de la syphilis, il s'agit d'un ictère transitoire passager ; ou bien du syndrome ictère grave avec atrophie hépatique, aboutissant rapidement à la mort.

La forme clinique qu'avait présentée le malade ne pouvait se rapporter ni à l'une, ni à l'autre de ces formes.

En soi, elle réalisait — abstraction faite de la syphilis — un tableau analogue du moins en ses traits essentiels à la cirrhose hypertrophique biliaire décrite par Hanot.

Or, Hanot (1) lui-même a, le premier, décrit une forme de cirrhose biliaire hypertrophique syphilitique. Malgré nos recherches, nous n'avons pu déceler, en dehors des observations de Hanot, que deux autres observations de syndromes analogues, l'une due à Barthélemy, l'autre à M. Léon Bernard. Encore ces observations s'écartent-elles du cas que nous avons pu voir nous-même.

La rareté de ce fait nous a semblé intéressante, et nous nous sommes proposé de rapporter cette observation dans notre thèse inaugurale.

Dans un sujet aussi obscur que celui-ci, un fait bien observé prend une valeur documentaire.

Nous ne voulons pas ici discuter de la pathogénie de la maladie de Hanot ; notre but plus modeste est de rapporter un fait clinique, encore rarement observé, espérant ainsi pouvoir permettre à d'autres plus autorisés d'entrer plus avant dans la nature des faits.

Bien des points manquent dans le cas que nous avons observé ; des investigations plus précises eussent pu être faites ; l'examen nécroscopique surtout eut pu contribuer à faire avancer la solution du problème et à préciser certains points du diagnostic. Il nous a été impossible de le pratiquer.

(1) V. Hanot. Hépatite syphilitique hypertrophique avec ictère chronique. *Presse médicale*, 30 septembre 1896.

Tel qu'il est, le fait clinique présente assez de particularités intéressantes pour être rapporté.

Nous transcrivons d'abord l'observation qui fait le sujet de notre thèse, et nous la ferons suivre des commentaires nécessaires.

CHAPITRE PREMIER

Observation

Joseph R..., 36 ans, journalier, entre à l'hôpital le 15 juin, pour une lésion ulcéreuse extensive du médius droit, une éruption papulo-squameuse sur le corps et de l'ictère.

Antécédents. — C'est un homme qui a toujours joui d'une bonne santé ; on ne note pas chez lui de maladies antérieures ; il n'a jamais eu d'ictère notamment. C'est un éthylique qui avoue prendre couramment 5 litres de vin par jour ; il se plaint d'ailleurs de cauchemars fréquents, de crampes nocturnes dans les mollets, de pituites matinales.

Maladie actuelle. — Le malade fait remonter le début de sa maladie à six mois. A cette époque, en décembre ou janvier, il reçoit accidentellement un paquet de fil de fer sur la main droite ; tout le dos de la main et les doigts sont écorchés. Toutes ces petites plaies se cicatrisent en une quinzaine de jours, à l'exception de l'une d'elles, siégeant à la face interne du médius de la main droite au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange. Cette éraflure, au lieu de sécher comme les autres, se serait agrandie, au dire du malade et entourée d'une rougeur diffuse *légèrement douloureuse* (mais gênant les mouvements de l'articulation sous-jacente). Le malade ne pouvait fléchir le doigt, à cause du gonflement. Cette plaie ne guérissant pas, il va consulter un médecin.

Celui-ci semble avoir fait le diagnostic de chancre induré, car il prescrit, en outre de pansements locaux, un *traitement interne par des pilules* (dont le malade ne peut d'ailleurs préciser la composition) et *de l'iodure de potassium*. Malgré ce traitement, la plaie s'étend de plus en plus sur toute la longueur de la face interne du doigt, qui grossit, se tuméfie ; mais la lésion, pourtant, *ne suppurait pas*.

Quinze jours après que le malade a commencé ce traitement, apparaît un « bouton » sur le tiers inférieur de la jambe droite, au niveau de la crête du tibia. Le malade gratte cette lésion, qui s'ulcère, forme une plaie rongeante d'emblée, qui s'étend progressivement.

Impatient de ne pas voir la guérison survenir, le malade va consulter un autre médecin, qui prescrit des pansements sur les deux plaies et un sirop « sucré, incolore et épais ».

Un mois plus tard, les lésions ne s'étant point améliorées, d'autres apparaissent sur les cuisses et le tronc, mais ces lésions sont d'un autre aspect. Sur les cuisses d'abord, en plusieurs points, il se forme un bouton rouge, qui se recouvre d'une croûte sèche. Cette lésion n'est pas prurigineuse, mais cependant le malade gratte la croûte : tout autour de cette lésion centrale apparaissent d'autres papules, qui présentent le même aspect, mais restent groupées autour de la papule centrale. D'autres placards, analogues à ceux des cuisses, apparaissent alors aux jambes, aux hypochondres et dans le dos. Ces placards restent secs, à l'exception de l'un des placards du dos, dont quelques éléments s'exulcèrent un peu.

Vers le 15 mai, — cinq mois environ par conséquent après l'apparition de la plaie du médius, — le malade s'aperçoit qu'il présente une teinte jaunâtre de la peau et des conjonctives. Il a noté que ses urines sont en même temps devenues foncées, mais ses matières ne sont point décolorées.

C'est dans ces conditions qu'il entre à l'hôpital, un mois après l'apparition de l'ictère, le 15 juin.

Etat à l'entrée. — Au médius de la main droite, existe une

vaste ulcération occupant le bord interne du doigt, au niveau de la première et de la deuxième phalange, la forme de cette ulcération est ovalaire a grand axe parallèle à la longueur du doigt, les bords sont infiltrés et nettement indurés, le fond est sanieux, mais ne suppure pas.

Sur la jambe *droite*, lésion ulcéreuse de la grandeur d'une pièce de 5 francs, ne présentant pas de trace de suppuration.

Sur le tronc, les cuisses, les bras, les jambes, la peau est criblée de syphilides corymbiformes typiques. Chaque groupe d'éléments présente une papule centrale de la dimension d'une pièce de 50 centimes, croûteuse, entourée d'une nuée de papules du même aspect, quoique plus petites, disposées en nébuleuse tout autour.

L'examen de la bouche, au point de vue de la syphilis, ne permet pas de déceler de plaques muqueuses.

Il n'y a pas d'adénites multiples.

C'est un individu amaigri, qui présente un ictère franc. la peau présente une teinte jaune légère, les conjonctives, la face inférieure de la langue sont nettement jaunes.

Le foie paraît augmenté de volume ; la ligne de matité remonte à droite jusqu'à la troisième côte ; il est impossible de délimiter son bord inférieur.

La rate ne paraît pas grosse.

L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal.

A la base du poumon droit, en arrière, il existe de la matité avec abolition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire sans qu'il existe à ce niveau ni souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone.

Œdème des membres inférieurs.

Les urines sont foncées ; elles contiennent des pigments biliaires (1), mais pas d'albumine.

(1) Les urines furent examinées à ce moment par l'addition d'acide nitrique qui détermina l'apparition d'un anneau coloré.

On porte le diagnostic de chancre du doigt et de syphilis secondaire ; et l'on institue le traitement suivant : régime lacté absolu et injections intra-musculaires quotidiennes de biiodure de mercure en solution iodurée (2 centigrammes par jour).

Le malade, las du régime lacté, sort de l'hôpital au bout de dix-sept jours. Les ulcérations sont presque guéries, les syphilides corymbiformes sont presque éffacées. La teinte ictérique des téguments ne s'est pas modifiée.

Il revient dans le service le 23 septembre — 3 mois après en être sorti — au neuvième mois de sa maladie.

Depuis sa sortie de l'hôpital, le malade n'a pu reprendre son travail, sa faiblesse s'est accentuée de jour en jour ; il a abandonné immédiatement le régime lacté qu'on lui avait conseillé de continuer pour reprendre ses habitudes d'intempérance. Trois semaines après, dès la fin de juillet, l'irruption papulo-squameuse a reparu et a gagné le cuir chevelu, où elle forme bientôt de larges placards qui s'ulcèrent par endroits ; enfin, des épistaxis répétées et une diarrhée rebelle apparaissent et un œdème persistant des membres inférieurs et de l'abdomen s'installe, qui décide le malade à venir de nouveau demander des soins.

Etat au 23 septembre. — Irruption corymbiforme de tout le corps.

Malade amaigri, un peu dysfusique.

Il présente un ictère qui n'a pas disparu depuis sa première apparition.

L'hypocondre droit est sensible à la palpation.

La percussion du foie montre une matité qui remonte en haut jusqu'au troisième espace intercostal : la limite inférieure est difficile à déterminer.

En effet. l'abdomen est distendu, gonflé, sonore, tympanique dans sa partie supérieure, où il est difficile de le déprimer ; il est mat au contraire dans l'hypogastre el les flancs, la ligne de matité dessinant une courbe en croissant caractéristique de l'as-

cite : celle-ci, d'ailleurs, est mobile, la matité se déplaçant avec la position du malade.

Pas de circulation collatérale.

Il est impossible de palper la rate. La percussion ne révèle, sur la ligne de Piorry, que la sonorité exagérée des anses intestinales. Dans ces conditions il est impossible de faire une exploration splénique.

L'œdème des jambes et de la face abdominale est très marqué.

Depuis un mois environ le malade se plaint d'enchifrénement. Il saigne du nez presque chaque jour : tantôt il s'agit de sang pur, tantôt de caillots noirs mélangés de mucosités séches.

La température est à 38°

Les matières sont colorées ; jamais, depuis le début de son ictère, elles n'ont été décolorées.

Les urines sont rouges, rares, presque sirupeuses, sans albumine appréciable à l'examen dans la salle des malades.

On en fait faire l'analyse complète qui montre la présence d'urobiline et de traces de pigments biliaires ainsi que d'albumine.

Enfin, le malade présente de la fièvre.

Le 12 octobre. — L'état général s'est légèrement amélioré. L'irruption est cicatrisée en plusieurs endroits. L'œdème s'est amoindri.

Poids du malade : 77 kilogrammes.

On donne deux grammes de théobromine.

Le malade est au lait. Injection huile grise.

Le 10 octobre, on remplace l'huile grise par le biiodure.

Le 17 octobre. Eruption presque complètement disparue ; mais l'ictère persiste avec ses caractères ; la diarrhée s'est installée ; le malade a sept à huit selles par nuit, quatre à cinq par jour, soit une douzaine en tout. Les matières sont vertes, très foncées. La faiblesse est grande.

Epistaxis quotidiennes.

Le malade est en outre très anhélent. On constate des signes d'épanchement moyen dans les deux plèvres : matité, abolition du murmure vésiculaire, souffle, égophonie, etc.

Le 19 octobre. Le poids a diminué : 75 kilogrammes. La diurèse augmente. Ictère stationnaire. Suppression des injections de biiodure.

Le 23 octobre. Malgré la suppression de biiodure, la diarrhée persiste.

Le 25 octobre. L'ascite et l'œdème ont notablement diminué. Le malade est toujours dyspnéique. Il tousse sans expectorer.

En examinant le malade on voit que le thorax, étroit dans sa partie supérieure, présente, à partir de la cinquième côte, un évasement brusque, en arrière et sur le flanc. Au-dessus de cette ligne, comme au-dessous, on peut constater de la matité, de la disparition des vibrations thoraciques, et du murmure vésiculaire ; mais au-dessus de cette ligne, on perçoit le souffle pleurétique, l'égophonie et la pectoriloquie aphone, tandis qu'au-dessous aucun bruit surajouté ne se fait entendre. De plus, dans cette zone, les espaces intercostaux sont absolument immobiles.

On pratique une ponction exploratrice dans le septième espace intercostal, par conséquent, dans cette zone évasée du thorax, et l'aiguille plongée en divers points ne ramène que du sang, assez abondamment. On a la sensation qu'elle pénètre dans un corps dur et, quand on l'enlève doucement, on sent à un moment frotter sur sa pointe une masse qui suit les mouvements de la respiration. On pense qu'il s'agit du foie, considérablement hypertrophié et refoulé vers le haut.

On ponctionne alors dans le cinquième espace intercostal et l'on retire trois quarts de litre de liquide fortement teinté brun verdâtre. Les signes d'épanchement disparaissent dans la zone située au-dessus de la cinquième côte, mais la matité persiste au-dessous.

L'examen de l'abdomen, dégonflé, permet alors de sentir le foie par la palpation. Le bord inférieur lisse, régulier, décline

Pouls | Tempér.

200 42°
180 41°
160 40°
140 39°
120 38°
100 37°
80 36°
60 35°

Septembre 24 25 26 27 28 29 30 — Octobre 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 — Novembre 1 2 3 4

Biiodure

Théobromine 2 gr.

id

id

id

Théobromine 2 gr.

id

id

Théobromine 2 gr.

id

grande amélioration

calomel 0,15

id

id

id

calomel 0,05

sort de l'hôpital le 4 novembre

1/2 1 1 1/2 1 1/2 1 1/2 1 1/2 1 1/2

2 litres 1 1/2 1 1/2 2 1/2 2 2 2 2 1/2 1 1/2 1 1 1/4 1 1/4 1 1 1/4 1 1 1/4 1 1/4 1 1/4 1 1/2 1 1 1/4

au niveau de l'ombilic. Le foie déborde les fausses côtes de quatre travers de doigt. La surface est lisse, régulière, il n'est pas douloureux.

La rate ne semble pas perceptible à la palpation.

Le 30 octobre. Calomel. 0,05 par jour.

Le malade part de l'hôpital, sur sa demande, dans cet état, le 4 novembre, pesant 70 kilogrammes.

On apprend qu'il a succombé chez lui le 20 novembre.

Première analyse d'urine :

Volume en 24 heures......	860 cmc.
Couleur..................	jaune rouge.
Aspect..................	trouble.
Dépôt..................	assez abondant.
Sédiment................	cristallin.
Odeur..................	fortement urineuse.
Densité à 15°...........	1008.

Acidité en acide phosphorique,		0,46	par litre :	0,39	par 24 h.
Chlorures.	en Cl..........	1,91	—	1,64	—
	en NaCl........	3,15	—	2,70	—
Urée........................		5,90	—	5.17	—
Acide urique................		0,42	—	0,36	—
Phosphates en P^2O^5.........		0,47	—	0,40	—

Urobiline...........	forte proportion.
Glucose.............	0.
Sérine..............	présence nette non dosable.
Peptones...........	traces.
Incican.............	présence.
Pigments biliaires...	présence.
Acides biliaires......	présence.

Examen microscopique : Quelques cristaux de phosphates terreux ; cristaux d'urates ; rares cristaux d'oxalate de chaux ;

cellules épithéliales ; leucocytes et amas de pus ; quelques globules rouges.

		P. litre.	P. heure
Urines du 15 octobre.	Volume en 24 heures, 860 cmc.		
	Urée	5,90	5,07
	NaCl	3,15	2,70
16 octobre.	Volume en 24 heures, 1650 cmc.		
	Urée	2,21	2,83
	NaCl	2,45	4,06
17 octobre.	Volume en 24 heures, 1250 cmc.		
	Urée	2,77	3,40
	NaCl	3,56	4,45
18 octobre.	Volume en 24 heures, 1300 cmc.		
	Urée	2,54	3,30
	NaCl	4,68	6,08
19 octobre.	Volume en 24 heures, 2000 cmc.		
	Urée	2,08	4,16
	NaCl	3,39	6,78
20 octobre.	Volume en 24 heures, 1700 cmc.		
	Urée	1,84	3,12
	NaCl	4,73	8,04

	Chlorures.	
	P. litre.	P. heure.
27 octobre. — Volumes, 1100 cmc.	5,61	6,17
28 octobre. — Volumes, 1000 cmc.	2,96	2,96
29 octobre. — Volumes, 1000 cmc.	2,96	2,96
30 octobre. — Volumes, 1000 cmc.	2,96	2,96
31 octobre. — Volumes, 1250 cmc.	3,29	4,11
1er novembre. — Volumes, 1300 cmc.	3,29	4,28

CHAPITRE II

Si nous tentons maintenant de résumer cette observation en ses traits essentiels, nous voyons qu'il s'agit d'un homme alcoolique invétéré, qui est atteint d'un chancre extra-génital suivi d'une éruption précoce de syphilides papulo-squameuses à groupement corymbiforme. Il s'agit donc d'une forme un peu anormale de syphilis, à tel point que M. de Beurmann a fait mouler les lésions du doigt et du flanc pour les conserver au musée Baretta. Au cours de cette syphilis, en pleine période secondaire apparaît cinq mois après le chancre infectant, un ictère pléiochromique ou polycholique, faiblement cholurique, sans décoloration des matières, avec hypercoloration transitoire de celles-ci même, en même temps qu'une hépatomégalie considérable : foie énorme, indolent, lisse, régulier. Un peu d'ascite de l'œdème, l'absence de splénomégalie et de circulation collatérale viennent compléter ce tableau morbide. L'ictère, et tous les symptômes qui l'accompagnent, une fois apparus persistent jusqu'à la mort du malade qui survient six mois après l'ictère, onze mois après le chancre.

Cette observation présente en outre quelques points intéressants qu'il nous faut mettre en lumière.

C'est d'abord la *gravité de cette syphilis*, qui permet

d'en faire une *syphilis maligne précoce*. Le chancre infectant est de la variété des chancres géants, et l'on sait qu'on a voulu faire de cette particularité une cause de la malignité au moins des lésions secondaires.

Ce chancre a persisté très longtemps, et, fait anormal, il s'est ulcéré. Il est logique d'admettre que c'est par transformation du chancre en syphilide secondaire cutanée.

L'éruption corymbiforme secondaire est précoce, intense, récidivante malgré le traitement antisyphilitique énergique, nouvelle preuve de la malignité de cette syphilis.

Faut-il chercher la cause de cette malignité dans les antécédents alcooliques du malade et dans les lésions hépatiques secondaires? A cette question nous nous garderons bien de répondre, désirant nous abstenir d'hypothèses impossibles à démontrer.

Le *syndrome ictère* mérite également d'être précisé. Il apparaît chez cet homme au cinquième mois de sa syphilis. Il s'installe sournoisement, sans douleurs, sans fièvre, sans phénomènes généraux, sans troubles gastro-intestinaux, pour la première fois, sans jamais avoir été précédé d'accidents hépatiques, hormis l'alcoolisme, dont l'action sur le foie a toujours pu s'exercer, au moins à titre de cause d'appel.

Ceci est d'autant plus vraisemblable que l'on sait combien souvent l'alcoolisme provoque des lésions avancées du foie en dehors des symptômes fonctionnels marqués.

Dans ces dernières années, MM. Gilbert et Lereboullet (1)

(1) Gilbert et Lereboullet. La steatose hépatique latente des alcooliques. *Bull. Soc. Méd. hôp.*, 13 juin 1902 et *Gazette hebdomadaire*, 22 juin 1902.

ont décrit la steatose hépatique latente des alcooliques et montré sa fréquence, ils signalaient en même temps la possibilité de cirrhose latente ou de cirrhose graisseuse latente chez des alcooliques avérés, cirrhose qu'une maladie intercurrente seule devrait révéler ; il se peut que dans notre cas la syphilis ait été une cause occasionnelle pouvant aggraver l'affection hépatique préexistante, d'où apparition de l'ictère.

C'est un ictère franc, typique. Il est faiblement acholurique. Dans l'urine, en effet, on trouve une forte proportion d'urobiline, mais seulement la « présence » de pigments biliaires. Il correspond donc vraisemblablement à une cholérine moyenne mais non très intense.

L'examen du sérum sanguin n'a pas été pratiqué, et le dosage cholémimétrique, d'après la méthode de MM. Gilbert-Herscher, Posternak n'a pas été fait. Mais on peut facilement admettre qu'il existait des pigments dans le sérum circulaire, et en notable proportion, puisque le liquide pleural retiré par ponction contenait des pigments colorants en proportion suffisante pour lui donner une teinte brun jaunâtre.

Il ne s'agit pas d'un ictère par rétention, mais bien d'un ictère par polycholie ou par pléiochromie. Jamais, en effet, les selles n'ont été décolorées. Elles ont toujours présenté une teinte normale, voire même foncée. A une certaine période, même, nous les voyons devenir vertes comme si elles eussent contenu de la biliverdine. Il y a donc variation dans la teinte des matières.

Mais l'ictère lui-même a-t-il subi des variations de teinte ? Il ne semble pas qu'elles furent bien manifestes.

Le foie est gros, mais nous voulons insister ici sur la difficulté qu'il y eut à apprécier son volume. A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate de la matité, à partir du troisième espace intercostal en avant, et du cinquième espace en arrière ; mais cette matité à ce niveau pourrait plus vraisemblablement être attribuée à la présence d'un épanchement dans la plèvre. Quant à la limite inférieure du foie, il est impossible de la fixer : le météorisme et la tension du contenu abdominal empêchent absolument la palpation.

Plus tard, on constate une déformation du thorax qui s'est installée progressivement : c'est l'évasement de la partie inférieure du thorax, évasement en forme d'entonnoir à partir de la cinquième côte, repérée sur la ligne axillaire. Cet évasement est caractéristique des hypertrophies hépatiques ; il diffère de l'ampliation thoracique des épanchements de la plèvre droite qui se manifeste surtout à la partie moyenne du thorax, déformé en barillet.

Mais dans notre cas particulier, si la déformation en entonnoir est susceptible de faire préjuger d'une tumeur hépatique, on note en même temps dans le thorax, une zone de matité qui s'accompagne à sa partie supérieure, des signes classiques, des épanchements pleuraux.

Aussi, voulant pratiquer la ponction évacuatrice, on la fait, presque au point d'élection, choisissant au lieu du huitième, le septième espace intercostal.

Et cependant, à ce niveau, le trocart ne rencontre pas de liquide, mais bien une masse dure, dense, très vascularisée, qui laisse sourdre par le pavillon du trocart, des gouttes de sang pur.

On doit faire une nouvelle ponction dans le cinquième espace intercostal pour avoir du liquide, et l'on évacue complètement la plèvre après avoir retiré trois quarts de litre du liquide, quantité médiocre, insuffisante pour donner une zone de matité aussi étendue que celle que l'on constatait. Il y avait donc, dans le thorax, deux zones de matité superposée, l'une supérieure, au-dessus de la cinquième côte, appartenait à la plèvre, l'autre inférieure, au-dessous de la cinquième côte, appartenait au foie, refoulé en haut et en arrière, refoulant lui-même le poumon et la plèvre.

Le foie s'étend donc du troisième espace intercostal *en avant,* jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes droites. Il a élargi la cage thoracique, aidé par la pression intra-abdominale qui le pressait contre le diaphragme et les arcs costaux.

Le foie, colossalement hypertrophié, est indolent, et, fait plus important, il est ferme et lisse. Il ne présente ni sillons, ni bosselures ; il n'est ni clouté, comme dans la cirrhose alcoolique, ni ficelé comme dans la cirrhose syphilitique.

La rate n'est pas augmentée de volume. Pourtant, nous voulons formuler une réserve. Le foie, si gros, n'avait pu être décelé à un premier examen. Il n'est pas impossible que la rate, masquée ou refoulée par le météorisme, ait elle-même présenté un certain degré d'hypertrophie.

La percussion cependant contredit cette hypothèse.

L'absence de splénomégalie nous empêche de dénommer le syndrome observé autrement que de cette façon : ictère chronique acholurique hépatomégalique.

A ce tableau viennent s'adjoindre deux signes importants : l'un l'absence de circulation collatérale, l'autre la présence d'ascite.

Enfin, le malade a présenté de l'œdème, un œdème considérable des membres inférieurs et de la paroi abdominale. L'examen de l'urine ne révèle pourtant point d'albumine, il y a des traces *non dosables* de sérine et de peptones, et la présence de globules rouges dans l'urine fait plutôt interpréter cette quantité infime de serine, comme le témoin d'une hématurie macroscopique.

L'œdème, l'ascite, l'hydrothorax double nous semblent devoir être interprétés plutot comme l'expression d'une compression très marquée de la veine cave inférieure, hypothèse logique si l'on songe à l'hypertrophie si considérable de ce foie, qui a élargi la base du thorax.

L'évolution de cet ictère se fait vers l'*ictère grave* : les épistaxis répétés, l'altération de l'état général en sont les symptômes, et c'est la lésion hépatique qui paraît emporter le malade.

CHAPITRE III

Il nous faut maintenant essayer d'interpréter le fait que nous avons observé, et tenter de lui attribuer sa véritable pathogénie.

Bien des éléments nous feront défaut pour cela, et en particulier la vérification nécroscopique, l'examen histologique, et aujourd'hui la recherche du treponema pallida de Schuadinn, nous manqueront pour asseoir une conclusion ferme.

Deux hypothèses se présentent. Ou bien rattacher le syndrome ictérique présenté par le malade à la syphilis, ou bien l'attribuer à une cause différente à laquelle est venue par coïncidence s'adjoindre la syphilis.

Cette seconde hypothèse n'est pas impossible. Il ne faut pas oublier que le malade est éthylique, mais l'alcool ne produit pas le syndrome qu'il a réalisé. Une telle hypertrophie du foie, un ictère ne s'observe guère dans les cirrhoses alcooliques ; même la cirrhose hypertrophique alcoolique, sauf dans certains cas particuliers, en diffère par la présence d'ictère, d'ascite, et l'absence de circulation collatérale et de splénomégalie.

Faut-il admettre que le malade a fait une angiocholite greffée sur une lésion hépatique ? Mais il n'a présenté ni fièvre hépatalgique, ni rétention biliaire.

Nous ne nous attarderons pas davantage à ces hypothèses. Pourtant nous réserverons la possibilité de l'existence d'une cirrhose biliaire hypertrophique survenant chez un syphilitique.

Il faut convenir que la première hypothèse est plus plausible. Il s'agit en effet d'un syphilitique qui présente une syphilis grave. Comment ne pas admettre que l'ictère hépatomégalique dont il est atteint pendant l'évolution de cette syphilis, dépend, au moins en partie, de celle-ci?

On connaît des ictères syphilitiques. Dans les traités classiques, on en signale plusieurs formes. MM. Gilbert et Surmont, dans leur article du *Traité de Médecine* de MM. Brouardel et Gilbert (1), en acceptent trois formes: ictère simple précoce, ictère grave et hépatite syphilitique avec ictère chronique.

Le syndrome observé n'appartient ni à l'ictère simple précoce, ni à l'ictère grave. Pourtant il emprunte à ce dernier une partie de son évolution: la partie terminale. C'est dans l'ictère grave qu'il succombe.

C'est de l'hépatite syphilitique avec ictère chronique décrite par Hanot que se rapproche le plus le cas que nous a ons rapporté. « A une hypertrophie du foie et à de l'ictère se joint une hypertrophie notable de la rate... Le syndrome diffère de la maladie de Hanot par l'absence des crises paroxystiques de la maladie de Hanot, par la marche plus rapidement progressive quand le traitement intervient trop tard. Le foie et la rate sont moins volumineux que dans la maladie de Hanot, il n'y a pas de leucocytose. »

(1) Gilbert et Surmont. Syphilis. In Traité de Brouardel et Gilbert.

Dans notre observation nous trouvons beaucoup de points communs avec l'hépatite syphilitique de Hanot : l'ictère, d'abord, qui est chronique, et faiblement cholurique, l'absence de crises paroxystiques ; notre malade n'en présentait point ; la marche rapide vient encore à l'appui du rapprochement que nous faisons.

Pourtant nous ne nous dissimulons pas qu'il existe des différences : et la première ressortit à l'absence de splénomégalie. Rappelons les réserves que nous avons faites à propos des difficultés de l'exploration splénique.

Quant à l'ascite, nous pensons qu'elle ne constitue pas une objection fondamentale.

L'ascite était modérée et, d'autre part, l'œdème considérable des membres inférieurs, œdème qui n'est pas dû à des lésions rénales, peut avoir été causé par la compression de la veine cave par le foie colossalement hypertrophié.

D'ailleurs, plutôt que de créer un type morbide nouveau, nous préférons rapprocher le fait observé par nous de l'hépatite syphilitique de Hanot, sans dire qu'il lui est absolument superposable. En tout cas, c'est dans ce groupe qu'il faut, à notre sens, le classer.

Il n'existe malheureusement que peu de faits, actuellement, rentrant dans ce groupe, en dehors de trois observations de Hanot, c'est à peine si nous en avons pu trouvers quelques autres dans la thèse de M. le docteur Lereboullet et deux autres de M. Barthélemy et de M. L. Beruard.

L'observation de Barthélemy (1), que nous allons rapporter, a trait à une syphilis héréditaire. Le malade présente un foie peu augmenté de volume, en revanche la rate est énorme et l'ictère dure depuis plusieurs années. Il s'agit d'une forme d'ictère chronique avec hypersplénomégalie, forme analogue à celle décrite par MM. Gilbert et Fournier sous le nom de cirrhose biliaire hypersplénomégalique.

Observation

Barthélémy (In *Syphilis hépatique héréditaire.*)

Jeune homme de 20 ans, infantile au point de paraître avoir 12 ans. Légère hypertrophie du foie. Ictère depuis plusieurs années, sans douleurs ni fièvre. Depuis un an, mégalosplénie considérable avec dilatation des veines des parois abdominales. Pas d'ascite. Pas d'alcoolisme. Pas d'impaludisme. Pas d'hydatide. Le diagnostic de leucocythémie fut d'abord porté par M. A Chauffard. Mais l'examen du sang, fait à de nombreuses reprises, ne permit pas de soutenir cette hypothèse. M. Tissier pensa ensuite à l'épithélioma primitif. Mais M. Siredey repoussa ce diagnostic et, tenant plus compte d'un fait bien observé que d'une vue de l'esprit, se contenta de constater une splénomégalie dont la cause échappait. M. Duplay vit le malade, émit l'idée de la possibilité de l'hérédité syphilitique, mais n'appuya sa manière de voir d'aucune preuve et passa d'ailleurs sans insister.

C'est sur ces entrefaites que j'examinai le malade, dont l'ictère chronique, le développement du ventre et l'infantilisme me frappèrent tout d'abord. Recherchant dès lors la syphilis

(1) Barthélemy. Rapport sur la syphilis hépatique héréditaire.

héréditaire, je constatai l'absence totale de la triade d'Hutchinson, mais je trouvais le signe de Fournier, l'atrophie complète des testicules (en noyaux de cerise), le signe de Parrot, des cicatrices pigmentées non seulement sur les fesses, mais encore dans la partie rayonnée de l'anus, et enfin une hypertrophie considérable de l'extrémité supérieure du fémur droit.

Cette lésion fut bien analysée par mon ami le docteur Béclère, qui reconnut que la jambe était allongée, hypertrophiée, tandis que la jambe gauche, saine, paraissant atrophiée, avait d'abord fait penser à la paralysie infantile. Bref, il s'agissait de syphilis héréditaire. M. le professeur Fournier n'hésita pas un instant à confirmer le diagnostic de cette hérédité tardive.

La seconde observation de L. Bernard (1) est un peu plus différente. Il s'agit non pas d'une syphilis secondaire, mais d'un ictère survenant chez un individu ayant eu la syphilis dix ans auparavant. L'ictère, chez lui, dure une année, mais il s'accompagne de douleurs à son début ; il survient en deux fois différentes. Le foie et surtout la rate sont augmentés de volume. Mais ce qui incline à penser que cet ictère splénomégalique ressortit à une autre cause que celle de l'hépatite syphilitique de Hanot, c'est la décoloration complète et transitoire des matières fécales. Le malade de Bernard a donc fait, non pas un ictère chronique, mais deux ictères aigus, non pas un ictère polycholique, mais bien un ictère par obstruction, démontré par la décoloration des selles. Nous rapportons néanmoins cette observation, intéressante à confronter avec la nôtre. C'est un fait d'ictère clinique se rapprochant plutôt des faits d'ictère clinique simple décrits par MM. Gilbert et Lereboullet que des faits de cirrhose biliaire. Ce fait a jus-

(1) L. Bernard. Soc. méd. hôpitaux, 10 nov. 1904.

tement montré à M. Bernard la possibilité pour la syphilis de réaliser divers degrés dans les maladies hépatiques analogues au degré observé par Gilbert.

Observation

Ictère spléno-mégalique syphilitique tardif.

L. Bernard. (Soc. méd. hop., 4 nov. 1904.)

M. X..., 35 ans, ingénieur, est pris dans les premiers jours de novembre 1902 de douleurs d'estomac ayant le caractère de crampes. Cette crise dure deux jours et s'accompagne d'un léger subictère. Puis les phénomènes gastriques se calment, pendant qu'au contraire l'ictère augmente ; rapidement il atteint une grande intensité, en même temps que les matières se décolorent et que les urines deviennent foncées. Cet état persiste sans fièvre, sans douleur hépatique, sans vomissements, sans diarrhée ; mais après une vingtaine de jours, les fèces se décolorent légèrement et l'ictère devient plus foncé ; pendant tout ce temps le malade est soumis au régime lacté.

Nous le voyons, pour la première fois, le 1er décembre, donc environ un mois après le début des accidents.

C'est un homme de taille moyenne, assez maigre et déprimé. Il est né en Roumanie, d'un père bien portant et d'une mère morte phtisique ; une de ses sœurs est morte de pneumonie ; les deux autres sont bien portantes. Lui-même a joui d'une bonne santé pendant son enfance et n'a souffert que d'amygdalites répétées. A 25 ans il a contracté un chancre syphilitique, dont il a été soigné pendant trois années consécutives dans son pays par des frictions mercurielles, administrées par périodes. Après l'extinction des accidents secondaires, il n'a plus vu re-

paraître d'autres phénomènes, si ce n'est, il y a trois ans, une ulcération de la verge, qui a cédé à une nouvelle période de traitement par des injections hypodermiques de benzoate de mercure. C'est toute l'histoire pathologique de cet homme. Il n'est pas alcoolique et l'on ne découvre aucune tare hépatique, ni chez lui ni dans sa famille. Il s'est marié il y a deux ans, sa femme est bien portante et n'a pas eu de grossesse.

L'examen montre un ictère généralisé très foncé olivâtre ; le ventre n'est pas gros. On ne constate ni météorisme, ni ascite, ni circulation collatérale. Le malade ne se plaint d'aucune douleur abdominale. Le foie déborde le rebord costal d'un travers de doigt, et la matité remonte à 10 ou 12 centimètres sur la ligne mamelonnaire ; on ne perçoit pas la vésicule, et toute cette exploration reste indolente. La rate est très grosse, on sent son pôle inférieur globuleux, qui envahit la fosse iliaque gauche au-delà des fausses côtes ; sur le plastron costal, la matité splénique s'étend sur une surface d'environ 10 centimètres de long sur 10 centimètres de large. La percussion provoque une légère douleur. Il n'existe aucun symptôme digestif, la langue est normale, si ce n'est sa coloration jaune ; les digestions sont faciles ; les frictions intestinales troublées seulement par la constipation qui a suivi l'institution du régime lacté ; les selles sont de couleur dorée, très différentes de la couleur mastic des matières rendues aux premiers jours de la maladie. Le cœur paraît normal. Le pouls radial bat à 64. Il n'existe pas d'adénopathies périphériques. La respiration semble partout physiologique sauf dans la fosse sus-épineuse droite, où le murmure vésiculaire est diminué aux deux temps et la voix retentissante. Aucun symptôme nerveux. Pas de somnolence. Réflexes normaux. Pas d'inégalité pupillaire, pas de troubles visuels. Les urines sont émises en quantité variable. Le plus souvent, elles contiennent une grande quantité de pigments biliaires ; d'autres jours ceux-ci sont assez peu abondants pour ne pas colorer l'urine. La température est normale. En résumé nous sommes en présence d'un ictère franc, cholu-

rique, avec selles variables, dont les caractères principaux sont de coexister avec un état général excellent, apyrétique, une tuméfaction indolore et légère du foie, et une splénomégalie marquée. Cet état dure déjà depuis un mois sans modifications. En présence de l'antécédent avéré de syphilis, en l'absence de toute autre cause pouvant expliquer cet ictère splénomégalique si particulier, nous prescrivons la médication antisyphilitique sous la forme d'injections hypodermiques quotidiennes de 2 centimètres cubes de la solution de benzoate de mercure formulée par Gaucher. Dès la vingtième injection, l'ictère paraît considérablement diminué. Après un mois de ce traitement, il est à peine prononcé. Le foie ne déborde qu'à peine le rebord costal. La rate est toujours grosse.

Le 12 janvier 1903, après l'absorption de 82 centimètres cubes de la solution de Gaucher, l'ictère a presque complètement disparu. Les urines et la salive sont claires, les matières fécales foncées. Le foie a notablement diminué. Sa matité commence au cinquième espace intercostal et son bord inférieur ne dépasse pas celui du thorax. La rate a également beaucoup diminué, entièrement cachée par les côtes, et perceptible seulement à la percussion.

Nous cessons de voir le malade, qui continue à se traiter jusqu'au 26 janvier, date à laquelle ne constatant plus rien, il supprime ses injections, et vient nous voir au mois de juin suivant. Il est à peine reconnaissable. Son embonpoint marqué, son visage rose, ses traits reposés ont transformé sa physionomie. A l'examen nous reconnaissons un foie normal et une matité splénique haute de trois travers de doigt. Les urines et les fèces sont normales. Le régime alimentaire n'est plus soumis à aucune règle particulière, et l'état général est excellent. Notre malade nous dit avoir reçu en tout 54 injections de 2 cmc. chacune, c'est-à-dire qu'il a absorbé 108 cgr. de benzoate de mercure.

Nous pensions que cette indication avait amené une guérison définitive, lorsque le 3 octobre de la même année 1903, le ma-

lade revient nous consulter en pleine jaunisse, à nouveau. Cinq jours avant, il avait été assailli d'une nouvelle crise gastralgique analogue à la première, en même temps que, brusquement, l'ictère faisait son apparition.

Actuellement, celui-ci est assez intense, bronzé, généralisé. Les selles sont incomplètement décolorées. Le foie n'est pas gros, au contraire. La rate occupe une haute et large surface de matité dans l'aisselle gauche. Les urines sont foncées, plus claires, le soir. La température est de 38°5 le soir.

Le malade recommence aussitôt ses injections de benzoate de mercure. Les jours suivants, la fièvre tombe, mais le lobe gauche du foie se tuméfie, la rate augmente encore et dépasse le rebord des côtes gauches. Les selles sont plus colorées, et les urines plus claires. Le 31 octobre, après un mois de traitement, l'ictère cutané est en voie de disparition ; les urines sont tout à fait claires, et les fèces tout-à-fait colorées, le foie est normal, sauf le lobe gauche encore un peu tuméfié. La rate est encore grosse, elle dépasse le rebord costal, et sa matité axillaire occupe la surface de quatre travers de doigt. Le traitement est continué jusqu'à la moitié du mois de novembre. A ce moment, tous les accidents ont disparu et le malade cesse ses injections. Nous l'avons revu en février 1904, en juin 1904. A ces deux époques, l'état général comme l'état local nous ont paru excellents. Il n'y avait pas trace de subictère, le foie et la rate présentaient leurs dimensions normales.

M. Lereboullet, dans sa thèse (1), cite un certain nombre de cas de syndrômes d'ictère chronique au cours de la syphilis, mais il les rattache au foie ficelé syphilitique. « ... Dans un fait que nous avons suivi dans le service du docteur Duguet, le début remontant à 9 ans, la fièvre initiale persistant 4 années, les douleurs articulaires avec dé-

(1) Lereboullet. Les cirrhoses biliaires, *Thèse* Paris, 1902.

formations hypocratiques des doigts, l'hypertrophie uniforme et considérable du foie et de la rate, l'ictère chronique manifeste, constituaient un tableau clinique très voisin de la cirrhose hypertrophique biliaire, et néanmoins l'autopsie révèle un foie ficelé manifeste. »

Et en note (1), il dit : « Nous avons observé dans le service de notre maître, M. Gilbert, une malade alcoolique et syphilique, chez laquelle évolue depuis plusieurs années une cirrhose hypertrophique avec ictère et splénomégalie, qui s'est accompagnée d'ascite au début ; dans ce cas, sans les gommes des membres permettant d'affirmer la syphilis, un diagnostic ferme eut été difficile à porter, étant donnée la marche actuelle des symptômes de cirrhose hypertrophique biliaire .»

Nous rapportons enfin les observations de Hanot.

Observation I

Hanot. (Hépatite hypertrophique syphilitique. *Presse médicale*, 1896.)

P... Georges, trente-quatre ans, bijoutier, entre le 4 mai à l'hôpital Saint-Antoine.

Antécédents héréditaires. — Son père, âgé de cinquante-neuf ans, est bien portant. Sa mère est morte en 1874 de suites de couches.

(1) Gilbert et Lereboullet. Contribution à l'étude des angio-cholécystites chroniques simples. Ictères chroniques simples. Angiocholites anictériques. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 3 août 1903.

Il a perdu deux frères en bonne santé, une sœur mariée et mère d'enfants bien portants. Il a eu deux enfants, deux filles âgées de neuf ans et demi et de onze ans et qui sont bien portantes.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, P... a eu la gourme. Jusqu'à l'âge de dix-sept ans il n'a fait aucune maladie et, à cette époque, il a été atteint d'une « fluxion de poitrine » qui dura neuf jours.

En 1883 il contracta la syphilis, caractérisée par un chancre induré, de la roséole, de la céphalalgie avec perte des cheveux et des plaques à l'anus. Pendant deux mois, il suivit un traitement mercuriel qu'il abandonna pour ne le reprendre qu'en 1894 dans le service du docteur Ferrand.

Il était resté bien portant jusqu'en 1893 ; il commença, alors, à ressentir de la faiblesse dans les membres inférieurs et moins d'appétit ; il continuait cependant à boire, suivant son habitude, deux litres de vin par jour. En même temps la peau du visage prit peu à peu une teinte jaunâtre ou plutôt jaune terreuse. P... a des poussées de fièvre à intervalles irrégulièrement éloignés.

Tous les soirs, vers l'été de 1893, il se sentait la peau brûlante, une soif vive. Il dormait mal ; la nuit était troublée par des cauchemars. Il avait des pituites le matin.

Son abdomen augmentait de jour en jour. En huit mois, il dut changer deux fois son pantalon contre un plus large.

Le malade a, dit-il, des hémoptysies fréquentes tous les trois à quatre jours. Il rend du sang rouge jusqu'à cinq ou six fois par jour, parfois en causant. La quantité s'est élevée jusqu'à un demi-verre. En même temps, il a des épistaxis. Il aurait eu également, en janvier 1894, alors qu'il travaillait encore, une hématurie qui ne s'est pas reproduite.

Il fait, en avril 1894, un séjour à l'hôpital Tenon.

Pendant huit jours, d'après ce qu'il raconte, sa température variait le soir entre 38 et 40 degrés.

Au bout de quelques jours, il sort de Tenon pour reprendre son métier. Puis, au mois d'août 1894, les hémoptysies devenues plus fréquentes l'inquiètent, elles s'accompagnent d'épistaxis. La faiblesse des membres inférieurs a persisté. L'abdomen est très augmenté de volume.

L'appétit est nul. L'ictère a augmenté. Les matières fécales sont décolorées (?).

P... entre dans le service du docteur Ferrand, remplacé par M. Gilles de la Tourette, le 31 août 1894. Le traitement est d'abord dirigé contre les épistaxis et les hémoptysies (on lui fit des piqûres d'ergotine). Puis il est soumis au traitement mercuriel : 4 grammes, puis 6 grammes de IK par jour, pendan- deux mois. Injections à la fesse tous les jours d'une préparation mercurielle. Vu la douleur, elles sont remplacées par des frictions.

Le malade dit ne retirer aucune amélioration de ce traitement et sort du service le 10 mars 1895. Il reprend son travail, mais l'abandonne rapidement et entre, le 25 mars 1895, dans le service du docteur Hanot où il reste huit jours. Il rentre alors chez lui et, malgré la faiblesse dans les jambes qui lui est surtout pénible, il reprend son travail pendant un mois. Le 4 mai, il revient dans le service du docteur Hanot pour une broncho-pneumonie qui guérit en trois semaines.

Etat au 1er juin. — Le visage amaigri présente une teinte jaune qui a diminué pendant la broncho-pneumonie.

L'ictère s'étend à l'abdomen et aux membres. On ne trouve aucune cicatrice ni éruption sur le corps.

Le poids du malade est de 102 livres.

L'abdomen est considérablement augmenté de volume.

Il n'existe ni ascite ni circulation complémentaire.

L'inspection montre que l'hypochondre droit, l'épigastre et l'hypochondre gauches sont remplis par une masse qui, lors des grandes inspirations, apparaît surtout au niveau du rebord droit des fosses côtes.

A la palpation on sent facilement le foie dont le bord infé-

rieur, assez mince. venant atteindre l'épine iliaque antéro-inférieure droite, décrit un trajet à concavité inférieure en passant au-dessus de l'ombilic, et va se poursuivre dans l'hypochondre gauche.

La palpation du foie, en général, n'est pas douloureuse sauf au niveau du bord.

La circonférence, passant par le creux xiphoïdien, le rebord des fausses côtes, les épines iliaques antéro-supérieures, mesure 85 centimètres; 94 centimètres, 95 centimètres.

La matité du foie remonte jusqu'au cinquième espace intercostal ; elle mesure 27 centimètres sur la ligne mamelonnaire droite, 15 centimètres sur la ligne xiphoïdienne.

La rate est volumineuse, non douloureuse, peu perceptible à la palpation. La percussion paraît lui donner une matité de 14 centimètres dans le sens vertical, 12 centimètres dans le sens transversal.

Appareil digestif. — La langue est humide, rosée sur les bords. L'appétit paraît revenir ; il est cependant encore très médiocre. Le malade est au deuxième degré partiel ; après les repas, il éprouve des étouffements. Il a assez fréquemment des nausées, mais ne vomit pas. Pas de constipation ni de diarrhée ; deux garde-robes par jour. Les selles sont peu colorées.

Appareil circulatoire. — Il n'existe pas de lésions importantes du cœur. Le second bruit sourd à la base ; pas d'hypertrophie.

La radiale est dure, la temporale très sinueuse, le pouls est plein et bondissant.

Appareil respiratoire. — La toux et l'expectoration persistent, légères, d'ailleurs.

Les urines sont abondantes, 2 litres et au-dessus. Elles sont d'un rouge orange, d'une densité de 10.15. Elles contiennent beaucoup de pigments biliaires et de l'urobiline, mais ni sucre, ni albumine.

L'examen du sang donne les résultat suivants :

N = 3.224.600
B = 6.308
R = 1.662.000
C = 0,51

Le 20 mai le malade est soumis au traitement mixte (4 grammes d'iodure de potassium, frictions mercurielles).

Le 26 mai, il semble qu'à la palpation, le foie ait diminué d'un centimètre dans toute son étendue, mais cette apparence peut tenir simplement à l'état de distension des anses intestinales.

Il sort, sur sa demande, le 27 mai, décidé à suivre chez lui le traitement ordonné.

Examen du sang (26 mai). Cet examen a été :

Hématimétrie :	N. globules rouges......	3.350.000
—	B. globules blancs......	7.595

L'hématimétrie impossible avec le liquide A., à cause de la formation d'amas globulaires, se fait bien avec l'urine diabétique, mais les hématies sont très déformées.

Chromométrie :	R. imb. globulaires.....	2.031.000
—	G. val. globulaires.....	0,57

Nous voyons deux fois le malade pendant le mois de juin : le foie et la rate ont le même volume, l'ictère est aussi intense. Il pèse maitenant 109 livres.

Observation II

(De Hanot,)

A... Jean-Baptiste, âgé de 47 ans, employé au P.-L.-M., entre le 3 avril 1895, salle Velpeau (service Blum), lit n° 24, puis Dupuytren; n° 18.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade est mort à 79 ans, de « vieillesse » dit le malade, il était sujet aux épistaxis et était devenu chauve de bonne heure ; c'était un alcoolique avéré.

Sa mère encore vivante a eu quatorze enfants : les huit premiers sont morts en bas âge de maladies inconnues, des six survivants, quatre sont mariés et bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade accuse comme antécédents personnels : une jaunisse pendant l'enfance ; une fièvre typhoïde pendant l'adolescence ; vers l'âge de 22 ans, étant prisonnier en Prusse, il contracta une bronchite assez grave.

Depuis, il exerça le métier de tailleur de pierres et jouit d'une bonne santé.

Il se maria à 30 ans et eut trois enfants : le premier mourut à 5 ans, de broncho-pneumonie, les deux autres sont vivants (14 et 4 ans) et bien portants.

Le malade a toujours habité Marseille ou Grasse, d'où il arrive aujourd'hui. Il nie formellement avoir eu la syphilis ni aucune autre maladie vénérienne. Il dit également n'avoir jamais eu de fièvres palustres et n'être pas alcoolique.

Il y a 18 mois, étant en pleine santé, le malade a éprouvé brusquement une gêne très marquée pour avaler, sans ressentir du reste aucune douleur au niveau de la gorge. Un médecin, consulté immédiatement, semble n'avoir vu là qu'une simple angine pour laquelle il a prescrit des gargarismes. Au bout de quelques jours apparurent sur la luette des ulcérations à pourtour très rouge à fond grisâtre, qui se développent peu à peu, sans douleurs, et qui rongèrent progressivement, lentement le bord libre du voile du palais et les piliers ; ce travail de destruction dura environ un an. Le médecin, consulté à plusieurs reprises, n'a ordonné ni pilules, ni frictions, ni potions, rien, en somme qui puisse faire supposer qu'un traitement spécifique ait été supposé.

Sur ces entrefaites, le malade a eu à quatre reprises des saignements de nez très abondants, sans cause appréciable,

généralement le matin au lever, la quatrième fois l'hémorragie a été si profonde que le malade en a été profondément affaibli et a obtenu un mois de convalescence ; à la suite de ces hémorragies survinrent des maux de tête très violents, diurnes et nocturnes, qui furent attribués à l'anémie, et traités par l'antipyrine.

Au mois de septembre dernier (1894) le nez a commencé à rougir, puis a augmenté de volume ; cette tuméfaction qui portait également sur les parois des fosses nasales, obstruait complètement le passage de l'air et déterminait quelques douleurs modérées ; au toucher, le nez paraissait d'une dureté pierreuse, tandis que la peau avait perdu sa sensibilité. Le nez avait alors le volume d'un petit œuf de poule.

Au mois de janvier, apparut une ulcération en coup d'ongle dans le sillon naso-génien ; cette ulcération se développa rapidement, envahissant peu à peu l'aile du nez, le lobule, le dos du nez, la région voisine de la joue et même l'aile opposée ; de cette plaie sanieuse s'écoulait un peu d'humeur jaunâtre.

C'est à ce moment que le médecin envoya le malade à Paris, l'adressant au docteur Blum.

Etat actuel. — Le malade est de taille moyenne, assez robuste ; il déclare n'avoir pas maigri, et a conservé un bon appétit. Il est atteint d'une alopécie assez étendue, en clairière, qui d'après lui daterait de sa fièvre typhoïde.

Sa voix est enrouée depuis quelques jours ; il n'a pas de douleurs de gorge.

Le nez est presque entièrement envahi par un vaste ulcère sanieux, qui a détruit déjà l'aile de la narine gauche, y compris le cartilage, déterminant ainsi une large encoche par laquelle le regard pénètre directement dans les cavités nasales, la plaie extérieure, couverte d'une croûte épaisse, jaune brunâtre, occupe la pointe du nez, l'aile droite, le dos du nez jusqu'à mi-hauteur, elle s'étend également sur la joue gauche à quelques millimètres du sillon genio-nasal, et sur la base supé-

rieure, au milieu des poils de la moustache. Il n'existe ni prurit ni douleurs.

Par l'hiatus, ouvert à la place de l'aile gauche, on aperçoit le double orifice antérieur des fosses nasales et la cloison. Celle-ci, atteinte par l'ulcération, est réduite à une lame mince, et porte une perforation à quelques millimètres en arrière de son bord libre.

On ne trouve d'adénopathie dans aucune des régions ganglionaires de la face et du cou.

La gorge présente une déformation cicatricielle très accusée, le bout et le pilier postérieur droit ont complètement disparu, le bord libre du voile du palais et le pilier gauche sont rongés ; ce dernier même est réduit à un lambeau allongé tendu en pont du voile du palais au pharynx. Le tout est cicatrisé. Pendant la déglutition, les liquides passent souvent par le nez.

La langue est normale, rouge, humide, sans fissures ni indurations.

L'appareil respiratoire est normal, le malade ne tousse jamais et ne crache pas. Rien à l'auscultation.

L'appareil circulatoire est normal, le malade ne tousse jamais et ne crache pas, et n'a jamais eu d'hémoptysie. L'auscultation ne révèle rien de spécial.

Le cœur ne présente aucun signe morbide, le pouls est à 78, les artères sont souples, les temporales à peine saillantes.

Le malade n'a ni tremblement ni cauchemar, ni crampe, il nie absolument tout excès alcoolique, tant actuel qu'antérieur (un dèmi-litre de vin par jour).

L'appétit n'a jamais varié, la digestion se fait bien, jamais de vomissements, de pituite. Depuis la jaunisse de l'enfance, le malade n'avait jamais eu de nouvel ictère. Il présente aujourd'hui une teinte subictérique, les matières sont normalement colorées, pas d'hémorroïdes.

Il n'a jamais souffert du foie, ni de la rate, jamais éprouvé des douleurs scapulaires, ni de points de côté. Et cependant,

l'examen de ces deux organes révèle les importantes modifications suivantes dans leur volume.

Foie.— L'organe est hypertrophié, surtout aux dépens de son lobe droit ; sa surface, dans la partie dégagée, paraît un peu bosselée, dure, le bord antérieur est irrégulier. L'épigastre fait une saillie notable, due à la fois au foie et à l'estomac, dont la percussion dénote une sonorité tympanique accusée.

Les dimensions du foie sont les suivantes :

Hauteur sur la ligne mamelonaire, 17 centimètres ;

Hauteur oblique, mamelo-ombilicale, 19 centimètres.

Le bord supérieur est à 4 centimètres au-dessous du mamelon ; le bord libre déborde les fausses côtes de 8 à 12 centimètres.

La circonférence abdominale est :

Au niveau de xyphoïde, 88 centimètres ;

Au niveau de l'ombilic, 80 centimètres ;

A mi-distance des deux, 88 centimètres.

L'abdomen est un peu tendu, surtout par le tympanisme stomacal ; il existe une large éventration de la ligne blanche.

Pas d'ascite. Pas de circulation collatérale.

Rate.—La rate est augmentée de volume, son extrémité inférieure, qui déborde les côtes de 10 centimètres, est facile à accrocher du bout des doigts, elle est assez mobile, non douloureuse.

Les dimensions sont :

Longueur, 20 centimètres ;

Largeur, 10 centimètres.

Rien à signaler à l'appareil génito-urinaire. Les urines sont limpides à l'émission, mais assez colorées (teinte de rhum), contenant de la bilirubine, elles donnent une notable absorption de spectre (urobiline). Pas d'albumine. Pas de sucre. Urée, 16 grammes par litre.

Les ganglions sont un peu gros à l'anse, nuls au cou.

Les téguments portent au niveau du thorax des tachures peu apparentes, légèrement cuivrées. La teinte générale du malade

est jaunâtre, terreuse, nettement ictérique. Au sommet de la tête, dans la région décalvée, on note une petite tumeur arrondie de la grosseur d'une demi-noix, qui se serait développée depuis une quinzaine de jours seulement. Elle est dure, indolore, probablement de nature gommeuse.

Examen du sang.

R. — 5.115.000
B. — 5.518

Le traitement a consisté en injections de sérum, puis frictions d'onguent mercuriel.

A la sortie du malade, l'état est le suivant : Poids, 127 livres au lieu de 119. Les urines sont jaune claire et contiennent un peu d'urobiline, de bilirubine et d'albumine, teint légèrement ictérique. Pas d'ascite, pas de circulation collatérale. A 5 centimètres au-dessus du bord des fausses côtes droites, on sent le bord du foie, non douloureux, non arrondi, plutôt tranchant, matité, 15 centimètres sur la ligne mamelonnaire et 16 centimètres sur la ligne mamelo-ombilicale.

Matité de la rate 12 × 10. Le bord antérieur paraît lobulé. Le pourtour de l'abdomen à l'ombilic est de 78 centimètres. Ulcération du nez notablement diminuée.

Observation III (résumée.)

Hanot.

G..., Constant, 46 ans, peintre en bâtiments.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique avéré, mère morte d'une affection de poitrine de un mois et demi.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde dans l'enfance. A 7 ans, adénite cervicale. Réformé pour varices et plaie à la jambe, due à un traumatisme.

En 1874, a eu un accès de colique de plomb. Pas d'alcoolisme, un litre de vin par jour ; déclare n'avoir jamais contracté de vérole.

Maladie actuelle. — Début il y a deux ans et demi, perte de forces, des démangeaisons ; quinze jours après le début, apparut une éruption qualifiée « d'eczéma » ; deux mois après, nouvelle manifestation cutanée à la cuisse droite, qui laisse des cicatrices blanchâtres de 50 centimètres environ. M. Gaucher pense qu'il s'agit là d'anciennes syphilides.

Au mois de juillet dernier (1894), une teinte jaunâtre des téguments apparaît. Un médecin fait le diagnostic de cirrhose hypertrophique. L'ictère augmente, le ventre se ballonne, le malade crache du sang et saigne du nez.

En avril 1895, entre à l'hôpital. Hypertrophie considérable du foie et légère de la rate. Ictère. Pas de lésion cardiaque ni pulmonaire. Les urines renferment de la bilirubine et de l'urobiline ; les fèces sont normales ; le malade a souvent de la diarrhée verdâtre. Température : 38°.

Le 19 avril et jours suivants, poussée de broncho-pneumonie. Langue fuligineuse, mort le 24, en hypothermie.

Mensurations du foie.

10 avril. Limite : hauteur (ligne maxim.).......	24	cent.
— (ligne médiane)......	20	—
Circonférence abdominale maxima............	87	—
— — minima............	84	—
Le 12 avril. Hauteur..........................	22	—
Ligne médiane....................	18	—
Le 22 avril. Hauteur..........................	16	—
Ligne médiane....................	12	—

Autopsie. — Un peu de liquide ascitique légèrement teinté en verdâtre.

Dans la plèvre déviée, un demi-litre de sérosité verdâtre.

Foyer de broncho-pneumonie dans le poumon gauche.

Au sommet, quelques matières d'anciens tubercules. Cœur normal.

Le foie pèse 2.900 grammes, surface lisse, consistance ferme, élastique. Pancréas intact.

Rate : 650 grammes, lourde, molle, diffluente.

Rien aux autres organes.

L'examen bactériologique de la bile, de l'ascite et du foie a montré :

Rien dans l'ascite, staphylocoques dans la bile (?), colibacille dans le foie.

Examen histologique. — Nodule infectieux, capillarité intra-lobulaire (altération spéciale de la cellule hépatique).

CONCLUSIONS

1° Au cours de la période secondaire de la syphilis, on peut observer un *syndrome d'ictère chronique* dont la terminaison est la mort par ictère grave.

2° Le syndrome d'ictère chronique syphilitique se rapproche de la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot. L'hépatomégalie paraît constante, la splénomégalie fréquente, mais inconstante.

3° Le syndrome survient au cours de la syphilis maligne précoce ; l'alcoolisme favoriserait la localisation de la syphilis sur le foie.

4° L'hypertrophie du foie, secondairement repoussé en haut et en arrière peut, alors qu'elle est considérable, en imposer pour des lésions de la plèvre : la forme évasée de la base du thorax, la fonction exploratrice, l'absence des signes spéciaux de la pleurésie (égophonie, souffle, pectoriloquie aphone) seraient suffisants pour distinguer l'une de l'autre.

Vu et approuvé : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GILBERT.

VU : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.